



의료보험 정보

MEDICAL COVERAGE INFORMATION

지역 서비스 사무실 (CSO)	CSO 전화번호	COOPERATION		
신청인 성명	신청인 전화번호	<input type="checkbox"/> 1. OSE referral: YES <input checked="" type="checkbox"/> NO a. Required? <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> b. Made? <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		
케이스 번호	날짜	<input type="checkbox"/> 2. OSE/TPL/Good Cause established? <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		

지시사항: 본 양식의 의도는 귀하의 의료비를 귀하의 다른 의료보험으로 충당할 수 있는지를 결정하는 데 도움을 되고자 하는 데 있습니다. 각 항의 답을 활자체로 기입하여 주십시오. 자신에 대해 또는 적용 해당인에 대해 할 수 있는 한 각 항목을 완전히 작성해 주시기 바랍니다. 당국은 귀하가 기입한 사항에 대해 증명 서류를 요청할 수도 있습니다. 본 양식을 작성하는 데 있어서 도움이 필요하시거나 귀하의 의료보험에 변경되었으면 **1-800-562-6136**으로 전화하십시오.

예라고 답하였으면 메디케어 이용자의 성명을 기입하십시오

메디케어 클레임 번호

A. 메디케어를 이용하고 있습니까? 예 아니오

B. 이용할 수 있는 의료보험은 있습니까? 예 아니오

이에는 본인 부담 아니면 다른 곳에서 귀하의 보험료를 지불해 주는 모든 의료보험(예: 개별적으로 들어 놓은 의료보험, 학교에서 제공하는 의료보험 또는 직장에서 단체로 제공하는 의료보험)이 포함됩니다. 예라고 체크하셨으면 다음 내용을 완성하십시오.

제 1 의료보험

보험회사명

보험회사주소

보험제공 기관 번호 혹은 보험약관 번호

계약, 인증 혹은 가입 번호

보험개시 유효일자

보험 종료 일자

제 2 의료보험

보험회사명

보험회사주소

보험제공 기관 번호 혹은 보험약관 번호

계약, 인증 혹은 가입 번호

보험 개시 유효일자

보험 종료 일자

이 보험에 들어 있는 사람을 기재하십시오.

이 보험에 들어 있는 사람을 기재하십시오.

성명	소셜시큐리티 번호	생년월일	성명	소셜시큐리티 번호	생년월일

이 의료보험으로 이용할 수 있는 서비스에 체크하십시오.

- 입원치료
 - 외래 환자 치료
 - 처방약/의료밀수품
 - 안경/안과치료
 - 기타(앰뷸런스, 물리치료, 치압요법, 등)
- 요양 간호
 - 치과치료
 - 내과의사 서비스
 - 안경/안과치료
 - 기타(앰뷸런스, 물리치료, 치압요법, 등)

이 의료보험으로 이용할 수 있는 서비스에 체크하십시오.

- 입원치료
 - 외래 환자 치료
 - 처방약/의료밀수품
 - 안경/안과치료
 - 기타(앰뷸런스, 물리치료, 치압요법, 등)
- 요양 간호
 - 치과치료
 - 내과의사 서비스
 - 안경/안과치료
 - 기타(앰뷸런스, 물리치료, 치압요법, 등)

C. 자녀 중에서 부지증인 부/모를 가진 자녀가 있거나, 부지증인 부/모가 책임을 져야 할 아직 퇴어나지 않은 티아가 있습니까?

예 아니오 예일 경우, 부지증인 해당 부/모에 대한 다음 내용을 완성하여 주십시오.

성명, 주소, 전화번호	소셜시큐리티 번호	아동의 성명	법원으로부터 의료보험을 제공하는 명령을 받았습니까?
			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오

D. CHAMPUS(군용 의료보험)를

이용할 수 있습니까? 예 아니오

예일 경우, 보험가입자의 성명을 기입하십시오

보험가입자의 소셜시큐리티 번호

E. 다음 중 직장에 다니고 있거나 노조에 가입한 사람이 있습니까? 다음 내용을 완성하여 주십시오.

번호	직장인/노조 가입회원	예	아니오	대답이 예일 경우, 해당인의 성명과 주소를 기입하십시오	전화번호	의료보험을 이용할 수 있습니까? 예 아니오
1	본인 혹은 배우자					
2	미성년 자녀(들)					
3	미성년 자녀의 친부/모					
4	미성년 자녀의 부재 부/모					
5	부지증에 있는 부/모					

의료보험 정보, 제 2페이지

지역서비스 사무실 (CSO)	케이스 번호
-----------------	--------

I페이지의 E항에 대답을 "예"라고 체크한 모든 사람에 대해 다음 내용을 완성하여 주십시오.

해당인의 번호	고용인의 성명/주소/전화번호	노조 명

F. 귀하나 귀하의 배우자에게 1987년 4월 7일 이후에 직장에서 제공하는 의료보험에 있습니까? 예 아니오
예라고 체크하였으나 이제 그 직장을 다니지 않을 경우에는 다음 내용을 완성하여 주십시오.

1. 의료보험 회사명: _____
2. 의료보험 개시 유효일자: _____ 의료보험 종료일자: _____
3. 실직 한 날짜: _____
4. 보험회사가 계속적으로 의료보험을 이용할 수 있다고 통보해 주었습니까? 예 아니오
예일 경우 통보일자: _____
5. 고용주의 성명과 주소, 전화번호를 기입하십시오.

G. 귀하의 고용주 또는 귀비우자의 고용주가 의료보험을 제공하였으나, 의료보험료를 본인이 지불해야 한다는 이유로 들지 않았던 의료보험에 있습니까?
 예 아니오 예라고 답하였으면, 고용주의 성명, 주소, 전화번호를 기입하십시오.

H. 귀하나 귀하가 가입시키려고 하는 사람에게 사고가 발생해서 치료를 받아야 한 적이 있습니까? 예 아니오
예라고 답하였으면, 다음 내용을 완성하십시오.

1. 사고발생 일자	2. 사고가 일어 났던 해당칸에 체크하십시오	<input type="checkbox"/> 가게/사업소	<input type="checkbox"/> 다른 사람의 자택/사무 소유지	<input type="checkbox"/> 기타
		<input type="checkbox"/> 자동차	<input type="checkbox"/> 학교	<input type="checkbox"/> 자택

- a. 사고발생지 주소(도로, 시, 주): _____
- b. 그 당시 사고 환자의 상황을 체크하십시오. 운전자; 승객; 보행자.
- c. 연루된 다른 차량이 있습니까? 예 아니오 예라고 답하였으면, 상대 운전자의 성명과 주소를 기재하십시오.

3. 사고로 인해 다친 사람들의 명단을 기재하십시오.	4. 사고가 일어난 경위
성명	부상유형

5. 보험회사가 관여하였습니다? 예 아니오 예라고 답하였으면, 보험가입자 성명을 기입하십시오. _____

보험회사명과 주소:

클레임 번호	보험 약관 번호	보험정산인의 성명	전화번호
--------	----------	-----------	------

6. 본 사고에 대해 다른 클레임을 청구하였습니다? 예 아니오 예라고 답하였으면, 클레임 번호를 기입하십시오.

산업재해보상 클레임 번호	개인적으로 들어 놓은 보험 클레임 번호	가해행위 피해자 클레임 번호(VICTIM OF A VIOLENT CRIME CLAIM NUMBER)	기타
---------------	-----------------------	---	----

7. 변호사를 채용하셨습니까? 예 아니오 예라고 답하였으면, 변호사 성명, 주소, 전화번호를 기입하십시오.

8. 귀하에게 발생한 사고로 인해 어떤 재정적/의료혜택을 받았습니까?(또는 예상하고 있는 재정적/의료혜택이 있습니까?) 설명하십시오.